РОО «Санкт-Петербургское радиологическое общество»
от ФИО

Номер телефона:

e-mail:

Номер членского билета

**Заявление**

Я, ФИО, прошу вернуть денежные средства уплаченные за пакет «СТАНДАРТ/КОМФОРТ/СТУДЕНТ/ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТ» (удалить лишнее) в размере 2500/4500/100/500 р на счет по реквизитам:

Наименование Банка получателя:

БИК Банка получателя:

ИНН Банка получателя:

К/С Банка получателя:

Расчетный счет:
Получатель: **ФИО**

Дата:

Форму выслать на адрес spbra.register@gmail.com в формате doc./docx.

К заявлению прикладываю информацию об оплате (в любом виде)